

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1897, à 1 heure

PAR

Emile ROBERT

Né à Muel (Ille-et-Vilaine) le 1^{er} novembre 1870

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS

DANS LA

BLENNORRHAGIE

CORNES CUTANÉES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUD, professeur.

TUFFIER et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15 Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1897, à 1 heure

PAR

Emile ROBERT

Né à Muel (Ille-et-Vilaine) le 1^{er} novembre 1870

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS

DANS LA

BLENNORRHAGIE

CORNES CUTANÉES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUD, professeur.

TUFFIER et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15 Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		N.
		N.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire.. M. PAJOT.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTNERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS DÉVOUÉES

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanés
dans la blennorrhagie. Cornes cutanées.*

INTRODUCTION

Depuis quelques années de nombreux travaux ont été publiés sur les manifestations cutanées de la blennorrhagie. La plupart des observations rapportées par les auteurs concernent surtout des érythèmes cutanés qui affectent le plus ordinairement l'aspect soit de l'érythème polymorphe, soit de l'érythème noueux ; le purpura, les éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes sont plus rares.

La lésion que nous voudrions étudier plus spécialement dans ce travail a été considérée par Vidal et par Jeanselme ainsi que par M. Besnier comme un trouble trophique. L'opinion de ces maîtres n'a, jusqu'à ce jour, été soumise à aucune objection, et les raisons qu'ils donnent pour l'expliquer nous ont paru, dans l'état actuel de

nos connaissances sur ce sujet, suffisamment probantes pour que nous n'hésitions pas à décrire après eux sous le nom de troubles trophiques les éruptions de croûtes cornées qu'on a vu se produire au cours d'une blennorrhagie et sous l'influence de l'infection gonococcique.

La thèse de Souplet (Paris 1892) a démontré que la blennorrhagie est souvent une maladie générale autant qu'une inflammation locale spécifique et c'est dans l'empoisonnement de l'organisme qu'il faut chercher l'explication de ces altérations à distance ; plus spécialement pour tant dans l'action toxique à laquelle a été soumis le système nerveux.

Mais avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus sincères remerciements aux Maîtres qui nous ont guidé dans nos études de médecine.

Que MM. Delacour, Aubrée, Dayot et Bertheux qui ont dirigé nos débuts en clinique médicale et chirurgicale à l'Ecole de Rennes veuillent bien recevoir ce faible témoignage de reconnaissance pour les conseils éclairés qui nous initièrent à la connaissance de l'art médical.

Nous ne saurions non plus oublier le Dr Lhuissier qui ne ménagea ni ses conseils ni son temps pour nous aplanir les difficultés de l'anatomie.

Nos Maîtres dans les Hôpitaux ont montré à notre égard la plus grande bienveillance, en particulier MM. les professeurs Potain à la Charité et Berger à la Pitié, pendant notre stage dans leur service.

Pendant la durée de notre internat dans les hôpitaux du Havre, tous les chefs de service nous ont fait le plus cordial accueil.

Nous exprimons particulièrement nos meilleurs sentiments de gratitude au docteur Engelbach, qui, pendant une grave maladie dont nous fûmes atteint il y a un an, nous prodigua toujours ses soins les plus intelligents et les plus empressés.

Nous remercions également notre compatriote et ami, M. le Damany, interne à l'hôpital de la Pitié, dont l'amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie.

Monsieur le professeur Fournier nous fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions très vivement et le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre sincère reconnaissance.



Formes cliniques

On ne saurait maintenant, dit M. Jacquet, dans une communication récente à la « Société Médicale des Hôpitaux », répugner à admettre l'existence d'un véritable syndrome, dont les trois termes nécessaires étroitement subordonnés l'un à l'autre, semblent être :

- 1° La blennorrhagie ;
- 2° Le rhumatisme consécutif ;
- 3° La dermite papillaire diffuse en foyers avec hyperkératose.

Ces propositions du brillant dermatologiste pèchent peut-être en ce qu'elles sont trop affirmatives, car au moment où elles ont été écrites, il n'existait encore que trois observations de cornes cutanées dans la blennorrhagie. Comme nous en apportons deux nouvelles, le nombre monte à cinq. Est-ce suffisant pour tracer de cette affection un tableau clinique définitif, pour fixer son étiologie, sa pathogénie, son traitement, en un mot pour préciser les caractères de cette affection rare et singulière ?

Tel n'est point notre avis, et notre rôle sera beaucoup plus modeste. Nous nous bornerons à exposer l'état de la science sur ce sujet, en examinant avec soin les observations antérieures et les nôtres. Mais, nous nous hâtons d'ajouter que, si ces lésions étaient soigneusement recher-

chées chez les blennorrhagiques, quelques rares qu'elles soient, on trouverait bientôt d'autres variétés encore inconnues.

Contentons-nous donc d'étudier séparément chacune de nos observations. Les caractères communs seront ensuite bien faciles à résumer et à déduire de cette étude.

Dans notre observation I, c'est un mois environ après le début d'une blennorrhagie aiguë chez une femme, blennorrhagie caractérisée par des douleurs cuisantes à la vulve, au vagin et à l'urèthre, suffisantes pour rendre le coït impossible et la miction très douloureuse, que sont apparus des troubles oculaires et les lésions trophiques de la peau.

L'œil droit de la malade présente une légère rougeur, avec un cercle perikératique de vaisseaux rayonnants, et des altérations de l'iris qui rendent évident le diagnostic d'iritis.

L'examen des organes génitaux met en évidence un écoulement purulent qui a tous les caractères d'une blennorrhagie. L'examen bactériologique n'a pas été fait.

Donc, il s'agit bien nettement d'une malade atteinte de vaginite et d'urétrite blennorrhagiques, compliquées d'iritis de même nature et d'origine métastatique, pour employer un mot ancien.

C'est au cours de cette affection, sans qu'une autre cause puisse être incriminée que sont apparues sur les membres inférieurs des lésions qui ont les caractères suivants :

Au devant des deux genoux, ce sont des croûtes qui ont débuté sous forme de boutons rouges qui se sont accrus progressivement en nombre et en dimensions et qui ont une disposition à peu près symétrique.

Sur la jambe droite, elles occupent une surface de quinze centimètres de hauteur sur douze de largeur. Chaque élément séparé des éléments voisins par un espace qui varie de quelques millimètres à deux ou trois centimètres, a la forme d'un cône tronqué, irrégulier, qui, par sa base, repose sur les téguments. Sa coloration est brun-noirâtre et il semble formé de stratifications successives dont on voit les traces à la périphérie sous forme de cercles irréguliers striant la surface de la base au sommet.

Les dimensions des éléments varient de 6 à 12 ou 15 millimètres pour la largeur et de 3 millimètres à 1 centimètre pour la hauteur. Leur consistance est dure ; ils sont douloureux à la pression ; mais ne déterminent spontanément qu'une sensation de gêne dans les mouvements de flexion et d'extension.

Ces croûtes sont assez fortement adhérentes. Elles reposent sur une peau rouge qui n'est pas ulcérée.

La croûte isolée est très ferme, non friable, sa consistance est pourtant un peu moindre que celle de la corne.

Avec un peu d'effort, on peut séparer les unes des autres les différentes stratifications et on voit ainsi que le centre, beaucoup moins coloré que la périphérie, est d'un blanc grisâtre.

Sur la jambe gauche, les éléments ont le même

aspect, le même siège, ils sont seulement moins volumineux et moins nombreux. La symétrie est pourtant remarquable.

Vingt-cinq jours après le début, les croûtes, ou pour mieux dire les cornes cutanées se détachent successivement et vers le quarantième jour il ne reste plus que quelques macules brunâtres.

Dans la deuxième observation, c'est d'un enfant qu'il s'agit et ce fait nous démontre tout d'abord que ces cornes cutanées n'appartiennent exclusivement à aucun âge, à aucun sexe.

Trois semaines après l'apparition d'une vulvite à gonocoques (la présence des gonocoques a été nettement démontrée par l'examen bactériologique), on constate sur la face dorsale des pieds de véritables protubérances cornées. Il en existe treize sur le pied droit, six seulement sur le pied gauche où ils sont aussi moins volumineux.

Ces éléments sont isolés les uns des autres, quoique assez rapprochés. Le plus petit a un diamètre d'environ cinq millimètres, le plus grand de huit millimètres environ.

A la base, il n'y a ni soulèvement épidermique, ni saillie ; mais seulement une mince aréole rosée.

Ces masses ne sont pas douloureuses. Elles sont fortement adhérentes par leur base. Au-dessous, le derme est rouge et légèrement saignant.

Une de ces cornes enlevée et examinée à l'œil nu a présenté une consistance dure, sans friabilité, une colo-

ration grisâtre, un peu plus sombre à la périphérie, ce qui est dû sans doute à la présence de corps étrangers tombés et fixés sur la surface irrégulière de ces productions.

Le malade observé par M. Jeanselme était atteint de blennorrhagie avec rhumatisme gonococcique.

Trois semaines après le début du rhumatisme blennorrhagique, la face dorsale du gros orteil gauche se couvrit d'élevures cornées qui se développèrent ensuite sur le dos des autres orteils, puis sur la plante du pied droit. Le malade ne pouvait mettre sa chaussure à cause du volume des productions cornées ; mais il ne ressentait aucune souffrance. Une quinzaine de jours avant son entrée une éruption semblable apparut à la plante du pied droit.

Lorsque M. Jeanselme put l'examiner pour la première fois, il constata :

Sur le gros orteil, une énorme corne d'un jaune brunâtre, mesurant quatre centimètres de diamètre sur deux de hauteur, ayant la forme et le relief d'un massif montagneux couronné de plusieurs pics. Cette corne extrêmement dure, reposait directement sur la peau saine. Elle n'était pas entourée d'un liséré érythémateux, elle ne reposait sur aucune saillie papuleuse. Au niveau de la racine du gros orteil existait une deuxième masse cornée, semblable à la précédente, qui recouvrait l'articulation métatarso-phalangienne. Cette masse était allongée suivant l'axe de l'orteil, sa longueur était de 4 centimètres.

sa largeur de deux et son épaisseur d'un centimètre et demi. Elle ressemblait, dit l'auteur, à une chaîne de montagnes dont la crête serait surmontée de plusieurs pics.

Sur le dos des troisième et cinquième orteils, productions analogues, mais plus petites.

Sur le quatrième une corne a intéressé la matrice de l'ongle et en a déterminé la chute.

Au niveau du bord externe du pied, sur le cinquième métatarsien on voit un disque aplati, à deux sommets surbaissés.

Une autre corne, allongée d'avant en arrière, à sommet trifurqué, occupe le bord interne du pied au niveau de la clef de voûte plantaire.

L'excavation plantaire est recouverte d'une semelle cornée constituée par une multitude de cornes confluentes.

Elle est en partie détachée et au dessous d'elle la peau a son aspect normal. Une coque talonnière, épaisse de près d'un centimètre engaine toute la région calcanéenne, remonte en arrière jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille et empiète latéralement sur les bords du pied où la plaque cornée se termine par un bord net et sinueux, formé par des élevures à sommets distincts qui se confondent par leurs bases.

Au pied droit les lésions sont identiques, mais beaucoup moins développées. La coque talonnière est de minime étendue, le placard de la voûte plantaire est également moins épais ; il y a des lames cornées recouvrant la pulpe des orteils et le bord externe du cinquième métatar-

sien, le tout disposé symétriquement par rapport au pied gauche. Cependant le dos des orteils n'est surmonté d'aucune production cornée.

Les mains et le reste du tégument sont tout à fait indemnes.

Au bout d'un mois la guérison est à peu près complète, presque toutes les productions cornées sont tombées, mais les articulations des genoux contiennent du liquide et l'écoulement uréthral n'est pas tari.

Présenté à la Société de dermatologie en 1892, le malade de M. Vidal est le premier cas de ce genre qui ait été observé. A son sujet l'éminent dermatologiste disait :

Les manifestations cutanées d'origine infectieuse que nous constatons aujourd'hui sont d'une variété si rare que je n'en avais encore vu qu'un exemple et cet exemple unique m'a été fourni par ce même malade. A trente-deux mois d'intervalle je vois se reproduire, trait pour trait, les symptômes et la marche de la maladie que j'avais observée en 1890. Les lésions cutanées sont identiques et leur évolution est exactement la même.

Il s'agit, comme dans l'observation précédente, d'un jeune homme de 24 ans, relieur, issu de souche rhumatisante.

A l'âge de 18 ans il contracte une blennorrhagie et des chancres mous. La blennorrhagie guérit rapidement sans aucune complication. Les chancres furent cicatrisés en moins de trois semaines; ils ne furent suivis d'aucun

symptôme de syphilis secondaire. En février 1890 il eut une nouvelle blennorrhagie compliquée bientôt d'arthrites blennorrhagiques. Cinq semaines après le début de l'écoulement urétral il vit se développer sur la peau de la région antérieure du genou droit des croûtes qui persistaient encore quelques semaines plus tard.

Au bout d'un mois des croûtes de même espèce se formaient sur les pieds et les mains, beaucoup plus abondantes sur les régions plantaires et palmaires. Ces croûtes n'avaient été précédées ni de vésicules ni de bulles.

L'éruption est symétrique, composée de cornes dures, sèches, sans traces d'humidité ni de suintement. Elles sont généralisées. Petites et disséminées sur la tête, sur la face, sur le tronc, ces croûtes deviennent plus grosses sur les membres et deviennent d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités, surtout des extrémités inférieures.

La main droite est beaucoup plus envahie que la gauche.

La face palmaire présente des croûtes d'un jaune brun, les unes isolées, les autres réunies, les unes aplaties, les autres saillantes, enchâssées dans un épiderme très épais, fortement adhérentes et présentant une très grande ressemblance avec la syphilide cornée.

Les croûtes sont discrètes sur les doigts, sauf vers les extrémités où elles se confondent pour former une croûte cornée, épaisse, enveloppant tout le bout du doigt et soulevant l'ongle qui est déjà presque détaché. Ces productions cornées sont entourées par un liseré rougeâtre.

Sur la main gauche les croûtes sont petites et discrètes.

Les bras et les avant-bras sont très peu atteints. On y voit, disséminées, de petites croûtes cornées qui ressemblent, et par leur coloration et par leur demi-transparence à de fines gouttelettes de cire jaune. Elles sont en général discrètes ; on ne les trouve en groupe qu'au bord externe de l'avant-bras droit.

Autour du genou gauche on ne voit que quelques éléments croûteux ; mais au genou droit, siège d'une des arthrites blennorrhagiques, les croûtes sont plus abondantes, plus volumineuses, d'apparence jaunâtre, cireuse, ayant une saillie conique de 1 à 3 millimètres au-dessus du niveau de la peau, formant deux groupes, un supérieur situé juste au-dessus du bord de la rotule et un inférieur composé d'éléments plus petits.

Le pied droit est moins envahi que le gauche. La peau de sa face dorsale est normale ; mais celle de la face dorsale des deux derniers orteils est recouverte par une enveloppe cornée d'un jaune brun, plus épaisse sur la saillie des articulations interphalangiennes.

L'extrémité des trois derniers orteils est coiffée par une calotte cornée qui commence à soulever les ongles. Une véritable corne cutanée, demi-transparente, formant un cône d'un centimètre et demi de hauteur, dont la base n'a pas plus d'un centimètre et demi de diamètre s'élève sur la peau de la face dorsale du cinquième orteil, au ni-

veau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, et sur la face dorsale.

Toutes les parties de la face plantaire du pied qui reposent sur le sol sont recouvertes d'une croûte cornée en forme de fer à cheval, concave du côté du bord interne. Cette plaque cornée est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils, c'est-à-dire dans les points où la pression est la plus considérable.

Sur le pied gauche on retrouve les mêmes lésions ; mais plus accentuées.

Sur la région antérieure de la poitrine, sur le dos, sur l'abdomen, on constate la présence de quelques petites croûtes convexes, sèches, dures, qui, pour la plupart, ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Généralement isolées elles sont, en quelques points, réunies en groupes.

Des macules rougeâtres, d'autres pigmentées indiquent le siège qu'occupaient antérieurement les croûtes qui sont tombées.

Sur la face, sur les oreilles on voit quelques petites croûtes, de même sur le cuir chevelu.

« Je n'ai vu qu'exceptionnellement, dit M. Vidal, la croûte précédée d'une vésicule ou d'une vésico-pustule.

La coupe des productions cornées les plus dures laissait voir au microscope, une stratification des couches épidermiques cornées ressemblant à la coupe d'une corne cutanée.

Peu à peu, tous les orteils, à l'exception du cinquième,

à la main gauche, tombent et sont remplacés par une croûte jaunâtre dure et sèche, encadrée par une couche cornée plus épaisse, plus dure, plus élevée.

Le malade sort au bout de quatre mois et rentre 32 mois après pour une affection tout à fait analogue à la précédente : blennorrhagie, conjonctivite, arthropathie, croûtes cornées.

Les lésions cutanées sont de nouveau généralisées, symétriques, plus abondantes, elles forment des croûtes plus épaisses aux extrémités et surtout à la paume des mains et à la plante des pieds, aux orteils et autour des malléoles.

Le diamètre des croûtes isolées varie de deux à dix millimètres et même davantage.

L'éruption est discrète sur la face et le cuir chevelu.

Des applications de liniment oléo-calcaire, prescrites par M. Besnier et faites sur le pied gauche et le bas de la jambe, ramollissent les croûtes qui tombent en laissant à nu une surface rouge, humide, inégale mais non ulcérée.

Il est facile de voir que la lésion est superficielle, épidermique et qu'elle ne dépasse pas la couche papillaire.

Enfin dans la dernière observation due à MM. Jacquet et Glucka. à trois reprises différentes, au déclin d'un rhumatisme blennorrhagique intense, un jeune homme vit survenir des lésions cutanées occupant les doigts, les orteils et la plante des pieds.

Aux doigts des mains, peu de chose. La peau des trois derniers doigts présente l'aspect qualifié ordinairement de

« glovon skin », simple reliquat, peut-être, de lésions plus accentuées lors des attaques antérieures; en revanche l'ongle de l'auriculaire gauche est soulevé par une masse épaisse, faite de strates cornées interposées entre le derme unguéal et l'ongle lui-même.

Aux orteils : altérations beaucoup plus étendues; presque tout le tégument est malade. La semelle plantaire est épaissie, cornée, fissurée, crevassée, squameuse; par place s'élèvent des cônes cornés réguliers absolument comparables aux clous de cuivre coniques qu'emploient les tapissiers. Ces cônes sont isolés ou réunis en massifs de trois ou quatre; leur base présente le diamètre d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc; leur saillie varie de 5 à 10 millimètres. Ils sont durs, jaunes et légèrement translucides. Leur localisation est particulière: ils occupent non pas les points de pression maxima; mais le voisinage immédiat de ces points (talon calcanéen et métatarsien).

Lors de cette atteinte, comme aux deux précédentes, ils ont apparu au déclin du rhumatisme et avant que le malade ait commencé à marcher. Les ongles sont presque tous épaissis, déformés, et l'un d'eux est tombé laissant à nu le derme saignant et papillomateux.

Dans l'observation de Vidal les lésions étaient beaucoup plus généralisées, les productions étaient plus molles, intermédiaires aux croûtes et aux cornes, simple différence d'évolution et non de nature: il semble que plus la lésion était rapide, plus elle se rapprochait de la croûte; mais même dans ce cas il y eut aussi de nombreuses produc-

tions cornées en tout analogues à celles du malade de M. Jeanselme.

Ce qui est remarquable dans ces observations c'est la récidive de la lésion hyperkératique lors d'une deuxième blennorrhagie compliquée de rhumatisme.

En résumé donc nous pouvons dire que jusqu'à ce jour on a observé chez cinq malades l'ensemble de symptômes suivants, auquel on peut donner le nom de troubles trophiques cutanés de la blennorrhagie, ou de cornes cutanées de la blennorrhagie.

Au cours d'une blennorrhagie compliquée de rhumatisme blennorrhagique ou d'iritis blennorrhagique ou même quand ces complications font défaut (observation personnelle) on peut voir survenir sans qu'aucune cause occasionnelle puisse être invoquée des troubles trophiques de la peau. Ils sont marqués par une hyperkératinisation végétante affectant la forme de cornes, de saillies coniques ou irrégulières, discrètes ou confluentes. Ces saillies épidermiques formées de stratifications cornées sont de dimensions très variables puisqu'elles peuvent être plus petites que des lentilles ou, au contraire, acquérir quatre centimètres de longueur, sur deux de largeur et un et demi d'épaisseur.

Leurs sièges de prédilection sont les extrémités, surtout les faces palmaires ou plantaires. C'est dans ces régions qu'elles acquièrent leur développement maximum. Mais on peut les trouver sur tous les points du corps, même à la face et au cuir chevelu.

Ces productions cornées sont passagères ; dans tous

les cas elles ont disparu en laissant des macules érythémateuses ou pigmentées qui ont elles-même disparu.

Leur durée a varié de quelques semaines à quelques mois.

Elles récidivent souvent avec la blennorrhagie (deux récidives dans le cas de Jacquet, une dans le cas de E. Vidal.



Etiologie et Pathogénie

Nous ne chercherons pas à discuter ici l'influence du sexe ni de l'âge, disons seulement que trois cas concernent des jeunes hommes, le quatrième une jeune femme et le cinquième est celui d'un enfant. Ces troubles de la kératinisation s'observent donc dans les deux sexes, dans l'enfance comme à l'âge adulte.

On ne trouve dans les antécédents de la plupart des malades rien qui puisse être considéré comme une cause prédisposant à cette complication, sauf, peut-être, l'arthritisme qui prédispose également aux complications articulaires de la blennorrhagie et met les malades dans cet état particulier que M. Jacquet appelle l'arthroblennorrhagisme.

Il faut encore nous poser une question. Comment naissent et se développent ces lésions, quelle en est leur pathogénie ?

M. Jeanselme n'avait, dans son observation, constaté ni liseré érythémateux ni saillie papuleuse à la base des productions kératiques. Sous la semelle de corne qui tapissait la plante du pied, la peau avait son aspect normal.

L'une des cornes, qui était tombée spontanément, était évidée intérieurement comme une corne de ruminant

et sa place était marquée par une tache rougeâtre, sèche, non saillante. Ce fait porte à croire que la lésion est simplement d'origine épidermique, et, dit M. Jacquet, sans analogue dans les productions cornées jusqu'ici connues qui, toutes, semblent avoir un substratum dermique : »

E. Vidal avait remarqué que la face adhérente des croûtes était concave et portait des empreintes de prolongements papillomateux.

M. Jacquet, qui a provoqué la chute de plusieurs cornes, les a toujours trouvées évidées, mais reposant sur des saillies papuleuses, sur lesquelles elles se modelaient et qui se reliaient à leur surface interne par des prolongements papillomateux et nacrés.

Mais, dans le cas de cet auteur, comme dans celui de Jeanselme, au bout de quelques jours la saillie papuleuse s'affaissa, les prolongements disparurent et il ne resta plus qu'une tache rougeâtre.

« Si au lieu de provoquer, comme nous le fîmes, la chute d'un de ces éléments, nous l'avions attendue, il est probable que, comme lui, nous aurions méconnu leur substratum dermique. »

Il s'agit donc, d'après M. Jacquet, d'une dermite papillaire diffuse, avec des foyers limités plus actifs amenant ici, grâce à l'hyperkératose consécutive, les coques cornées consécutives, là les massifs coniques isolés ou confluent.

Il semble bien évident qu'il ne s'agit pas là d'une manifestation directe de la blennorrhagie, d'une gonococcie cutanée, et les recherches de M. Sabouraud dans ce sens

chez le malade de M. Vidal, restèrent absolument négatives.

Dans trois, au moins, des observations connues, il existait des arthropaties qui présentèrent une certaine tendance à la généralisation, aux amyotrophies, et aux déformations consécutives ; chez deux malades les réflexes patellaires étaient exagérés ; chez un autre ils étaient affaiblis et il existait des zones d'hyperesthésie cutanée, enfin les ongles, même ceux dont la matrice n'était pas atteinte de la même manière que le derme cutané lui-même, d'où l'épaississement si particulier de l'organe et finalement sa chute.

On peut donc penser qu'il y a là tout un ensemble de symptômes attirant l'esprit vers l'hypothèse d'un trouble trophique.

L'aspect des lésions, leur symétrie, leurs analogies avec les cônes cutanés d'une part, et avec certaines hyperkératoses manifestement liées à des troubles nerveux telles que la kérato-termie symétrique des extrémités, palmaire et plantaire, semblent donner à cette hypothèse un commencement de vérification.

Telle est l'opinion à laquelle semblèrent se rallier Vidal et Besnier. Telle est l'opinion admise par M. Jacquet et par M. Jeanselme qui fit remarquer la coexistence, si fréquente, avec le pseudo-rhumatisme blennorrhagique de symptômes spinaux, tels que l'exagération des réflexes, les troubles, les amyotrophies et même la paraplégie spasmodique.

On peut donc conclure avec M. Jacquet que cette forme de dermite hyperkératosante, manifestement liée à une variété spéciale d'arthroblennorrhagisme, est probablement, comme elle, d'origine trophique.

Quant à l'influence de la médication sur l'apparition de ces lésions elle doit être totalement rejetée, car, dans plusieurs cas les malades n'avaient été soumis à aucun traitement, n'avaient pris aucun médicament.



Diagnostic

Bien que le diagnostic de ces lésions soit facile par élimination, cependant nous devons indiquer d'avec quelles affections il faudra les différencier.

1° Les kératodermies palmaires et plantaires surviennent en général après des contacts irritants, incessants et prolongés.

La kératodermie symétrique des extrémités congénitale et héréditaire, la kératodermie symétrique des extrémités qui se développe dans la seconde enfance, érythémateuse, irritable, la kératodermie symétrique des extrémités qui se développe en foyers multiples et isolés, à la plante du pied, en sont les principales variétés.

Ici il ne s'agit pas de croûtes, ni de cornes ; mais de simples épaissements de l'épiderme, avec ou sans fissures, avec ou sans érythème périphérique. Parfois pourtant, l'épiderme peut être tout à fait exubérant ; mais, dans tous les cas, la lésion reste localisée à la face palmaire des mains, à la plante des pieds.

De plus, la lésion est souvent familiale ou congénitale, et toujours incurable.

2° Les durillons des maux perforants, à leur début, ont une surface plane et lisse, saillante comme un plateau,

s'accompagnent de troubles de la sensibilité, sont d'un diagnostic facile.

3° Il en est de même des verrues et des autres papillomes ordinairement plus petits, plus plats, ronds, non croûteux.

4° L'eczéma compliqué de kératodermie se reconnaît à l'inégalité de son aspect, à l'existence de vésicules, de lésions d'eczéma en d'autres points du corps.

5° Les syphilides palmaire et plantaire ne sont pas hyperkératosantes, elles ont souvent des bords circlinés.

6° Il existe aussi des syphilides cornées, les syphilides lichénoïdes par exemple, qui pourraient prêter à erreur, mais elles sont plus petites, d'un volume plus uniforme, plus uniformément réparties à la surface du corps.

7° Le rupia syphilitique ne prêterait pas davantage à erreur, car il s'agit ici, non pas de cornes, mais de croûtes brunes stratifiées recouvrant une ulcération. Leur aspect a été comparé à celui d'écailles d'huîtres.

Nous ne signalons que pour mémoire la kératose pilaire, le pityriasis rubra pilaire.

8° Les cornes cutanées sont rarement multiples ; en tout cas, lorsqu'elles sont multiples, elles se développent très lentement, se montrent presque exclusivement à la tête, où les lésions hyperkératiques de la blennorrhagie sont toujours peu développées.

En résumé : développement rapide, peu douloureux, pendant une blennorrhagie, le plus souvent compliquée

d'arthropathies, durée relativement brève, guérison spontanée. Prédominance aux extrémités et symétrie, voilà les caractères de l'hyperkératose blennorrhagique qui permettent d'en faire le diagnostic.



OBSERVATIONS

Observation 1

Communiquée par M. Le Damany, interne des Hôpitaux.

A. G., couturière, entre le 25 avril 1890 à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de M. Bruté. Cette femme âgée de 32 ans a eu d'une manière générale une bonne santé. A l'âge de trois ans elle avait eu la rougeole et à cinq ans la coqueluche. Mariée à 23 ans, elle a eu deux enfants bien portants actuellement, venus à terme, élevés au sein par elle. Ils n'ont eu que de petites indispositions ; jamais d'éruption cutanée.

Son mari était également bien portant lorsqu'elle a été obligée de s'absenter pendant un mois. Quelques jours après son retour, exactement le 10 mars dernier elle a été prise de douleurs cuisantes dans les organes génitaux, douleurs accrues à tel point par le coït, que celui-ci est devenu impossible. La miction est également douloureuse.

Elle a remarqué que son mari avait un écoulement urétral au sujet duquel il ne lui a donné aucune explication.

Vers le 10 avril elle a été prise de douleurs vives dans l'œil droit et à la tempe droite.

Quelques jours après (14 avril) elle a vu apparaître sur les deux genoux des boutons qui se sont accrus progressivement en nombre et en dimensions.

Les douleurs oculaires et les troubles fonctionnels résultant de l'éruption qu'elle a sur les jambes ainsi que les troubles des organes génitaux la décident à entrer à l'hôpital.

A son arrivée nous constatons la présence d'un écoulement vaginal jaune, épais, assez abondant et qui a tous les caractères du pus blennorrhagique. En dedans des grandes lèvres, dans le sillon qui les sépare des cuisses, érythème intertrigo dû à l'absence de soins de propreté.

Le pus n'a pas été l'objet d'un examen bactériologique, mais tous les caractères cliniques de cette affection sont ceux d'une blennorrhagie.

Dans les régions inguinales, des deux côtés nous sentons nettement des ganglions durs, un peu volumineux, douloureux à la pression.

L'examen des organes génitaux n'a pu être fait d'une manière plus complète, l'introduction d'un spéculum est absolument impossible, celle du doigt même est extrêmement douloureuse.

L'œil droit dont la malade se plaint présente une légère rougeur de la conjonctive oculaire, avec, au pourtour de la cornée un cercle de fins vaisseaux rayonnants, formant autour du limbe scléro-cornéen une sorte d'auréole large de deux à trois millimètres.

L'iris est plus foncé de ce côté que du côté gauche. La forme de la pupille est irrégulière. Il ne semble pas que des adhérences existent entre l'iris et la cornée ou le cristallin. La vision est conservée; mais il y a un certain degré de photophobie. Pas d'écoulement conjonctival purulent.

Au devant des deux genoux nous constatons l'existence de croûtes qui ont la disposition et les caractères suivants :

Sur la jambe droite, elles occupent une surface de 15 centimètres de hauteur sur 12 de largeur. Les deux tiers environ sont au-dessous de la rotule. Les lésions s'étendent autant sur la face interne que sur la face externe de la région.

Chaque élément, isolé des voisins par un espace qui varie de quelques millimètres à deux et même trois centimètres a la forme d'un cône tronqué, irrégulier, qui par sa base repose sur les téguments. Sa coloration est brun noirâtre, et il semble formé de stratifications successives, dont on voit les traces à la périphérie sous forme de cercles irréguliers striant la surface de la base au sommet.

Les dimensions des éléments sont variables. Leur diamètre est de 6 millimètres à 12 ou 15 millimètres ; ils font une saillie de 3 millimètres à 1 centimètre. Leur consistance est dure. Ils sont douloureux à la pression ; mais ne déterminent spontanément qu'une sensation de gêne dans les mouvements de flexion et d'extension.

Ces croûtes sont adhérentes assez fortement. Nous en décollons pourtant une, et nous voyons au-dessous une surface un peu rouge, non suintante, sans ulcération, ni excoriation. La croûte isolée est très ferme, non friable, sa consistance est pourtant un peu moindre que celle de la corne. Avec un peu d'effort on peut séparer les unes des autres les différentes stratifications et nous voyons ainsi que le centre est beaucoup moins coloré que la périphérie, sa coloration est d'un blanc grisâtre.

Aucun examen histologique ni bactériologique n'a été pratiqué.

Sur la jambe gauche, l'éruption a le même aspect, les éléments sont un peu moins nombreux, plus irréguliers dans leurs

formes, occupent une étendue un peu moindre : la symétrie est pourtant assez remarquable.

Sur le reste du corps nous ne trouvons aucune trace d'éruption de cette sorte ni d'une autre nature, sauf, dans les régions des omoplates quelques boutons d'acné punctata.

Cette femme n'a jamais eu d'éruption antérieure.

Elle n'a absorbé aucun médicament, en particulier aucune des préparations habituellement prescrites contre la blennorrhagie.

Elle déclare très nettement que les éléments éruptifs qu'elle a sur les jambes ont débuté d'emblée sous forme de croûtes. Il n'y a jamais eu ni bulle, ni pustule, ni aucune trace de suppuration.

Les réflexes rotuliens n'ont pas été recherchés. Cet examen eût d'ailleurs été difficile à cause de la présence, au niveau du tendon rotulien, d'éléments douloureux à la pression.

Les viscères sont normaux. L'état général ne présente de particulier qu'un certain degré d'anémie qui a débuté en même temps que l'écoulement blennorrhagique.

Au bout de quinze jours, sous l'influence d'applications continues de cataplasmes de farine de lin les croûtes se sont détachées successivement, laissant après elles des macules rouge violacé, douloureuses à la pression.

Un mois après l'entrée de la malade toutes ces croûtes sont tombées, quelques macules ont une teinte brunâtre et sont en voie de disparition.

L'iritis est guérie et la blennorrhagie vaginale, traitée par des injections antiseptiques est considérablement améliorée.

La malade demande à sortir le 27 mai. Elle n'a pas été revue.

Observation 2

(Personnelle)

Laure H..., âgée de 4 ans, entre le 2 septembre dans la salle H. Roger, lit n° 7. Le chef de service est à ce moment M. Renaut.

Son père et sa mère, d'après les renseignements fournis par sa tante qui l'apporte à l'hôpital sont actuellement bien portants et ont toujours eu une bonne santé. Ils ont deux autres enfants, plus âgés (7 et 12 ans) qui sont également en bonne santé.

L'enfant née à terme, a été élevée au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 11 mois. Elle a commencé à marcher à 13 mois. Sa première dent était apparue à 7 mois et demi. Elle n'a jamais eu de maladie grave, tout au plus les parents ont-ils remarqué de temps en temps des troubles digestifs, d'ailleurs légers et de brève durée.

Elle est apportée à l'hôpital parce que depuis trois semaines environ elle a un écoulement vulvaire assez abondant, jaunâtre et des boutons sur les pieds.

Lors de son entrée nous constatons effectivement que les langes sont tachés d'un liquide verdâtre qui sort de la vulve. Les petites lèvres et l'hymen sont rouges et tuméfiés, douloureux au toucher.

Dans les plis de l'aîne il y a quelques ganglions durs et un peu douloureux.

L'examen du pus, fait au microscope après coloration au violet de gentiane aniliné a montré, dans les globules de pus, de nombreux diplocoques décolorés par la méthode de Gram-Weigert. Il s'agit donc d'une vulvite gonococcienne.

Sur la face dorsale des pieds nous remarquons, symétrique-

ment disposés quelques éléments crustacés, jaune grisâtres, de formes irrégulières, très saillants, véritables protubérances cornées. Il en existe 13 sur le pied droit, six seulement sur le pied gauche où ils sont aussi moins volumineux. Ces éléments sont isolés les uns des autres, quoique assez rapprochés. Le plus petit a un diamètre d'environ 5 millimètres, le plus gros de huit millimètres environ.

A la base nous ne remarquons pas de soulèvement épidermique, ni de saillie, mais seulement une mince aréole rosée.

L'enfant ne paraît éprouver aucune douleur spontanée. La pression légère ne semble pas douloureuse.

Chaque masse cornée adhérente à la peau est mobile sur les couches sous dermiques, car on produit rapidement des mouvements de déplacement. Chacune aussi est fortement adhérente, pas sa base. Nous en décollons pourtant une et nous trouvons au-dessous le derme rouge et légèrement saignant.

Nous avions l'intention d'en recueillir une autre pour les examens bactériologiques et histologiques ; mais la mère, revenue voir son enfant le 4 septembre, l'a emmené et nous n'avons pu le revoir.

Sur la pièce que nous avons enlevée nous avons remarqué seulement une consistance dure, sans friabilité, une coloration grisâtre, un peu foncée à la périphérie, ce qui est dû sans doute à la présence de corps étrangers déposés sur la surface irrégulière de ces productions. L'aspect en somme rappelait un peu celui du cône épidermique qui constitue le cor, les dimensions seules étaient plus grandes et la surface moins régulière.

Observation 3

E. Jeanselmo. — Bulletin de la Société de Dermatologie, juin 1895)

Eugène Bal..., 24 ans, charretier, entré le 29 mai 1895 dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon.

Au commencement du mois d'avril dernier, début d'une blennorrhagie (c'était la première) qui fut bénigne, car le malade ne ressentit que des douleurs très légères pendant la miction et put continuer son rude métier de charretier.

Il y eut un écoulement jaune verdâtre, qui devint insignifiant après une quinzaine de jours; on peut encore faire sourdre facilement une goutte de pus le matin au réveil. Pour tout traitement le malade prit de la tisane de chiendent.

Une semaine environ après le début de la chaudepisse, l'articulation coxo-fémorale droite se prit; la douleur qui fut assez forte pour obliger le malade à s'aliter, dura une quinzaine de jours. Puis, les deux genoux furent atteints, ils étaient tuméfiés et douloureux à la pression, mais le malade souffrait peu et pouvait marcher.

Depuis ce temps les genoux sont restés gonflés et ils le sont encore actuellement. Enfin, la région malléolaire interne du pied droit a été également touchée par le rhumatisme, aucune autre jointure n'a été intéressée. Pour calmer les douleurs articulaires, le malade s'est contenté de faire des frictions avec de l'alcool camphré.

Trois semaines après le début du rhumatisme blennorrhagique, la face dorsale du gros orteil gauche se couvrit d'élévures cornées, qui se développèrent ensuite sur le dos des autres or-

teils, puis sur la plante du pied droit. Le malade ne pouvait mettre sa chaussure à cause du volume des productions cornées; mais il ne ressentait aucune souffrance.

Depuis une quinzaine de jours, une éruption semblable occupe la plante du pied droit.

Etat actuel. — C'est un homme de petite taille, peu musclé et dans un état d'anémie extrême. il n'a pas de fièvre. L'appétit est bon et s'est bien conservé pendant toute la maladie.

Les lèvres du méat uréthral ne sont pas rouges, elles sont agglutinées par du pus desséché: l'écoulement est absolument indolent et minime.

Les genoux sont volumineux, non douloureux. Ils contiennent une quantité notable de liquide, surtout le gauche, sur lequel appuie la pelle quand le malade travaille.

Il semble que les extrémités osseuses sont augmentées de volume, mais ce n'est peut-être qu'une apparence due à l'atrophie des masses musculaires des jambes et des cuisses. Empâtement rétro-malléolaire du pied droit et douleur à la pression, sur le trajet des gaines tendineuses.

Pied gauche. — Sur le dos du gros orteil, l'orme corne d'un jaune brunâtre, mesurant quatre centimètres de diamètre, sur deux de hauteur, ayant la forme et le relief d'un massif montagneux couronné de plusieurs pics. Cette corne, extrêmement dure, repose directement sur la peau saine. Il n'y a ni liseré érythémateux, ni saillie papuleuse à la base de la production cornée. Au niveau de la racine du gros orteil, existe une masse cornée, semblable, qui recouvre l'articulation métatarso-phalangienne. Elle est allongée suivant l'axe de ce doigt, mesure 4 centimètres de longueur sur 2 de largeur et 1 1/2 d'épaisseur, et ressemble à une chaîne de montagnes dont la crête serait surmontée de plu-

sieurs pics. Sur le dos des troisième et cinquième orteils, productions analogues, mais plus petites. Sur le quatrième, une corne a intéressé la matrice de l'ongle, et en a déterminé la chute.

Un disque aplati, à deux sommets surbaissés, siège au niveau du bord externe du pied, sur le cinquième métatarsien. Une autre corne allongée d'avant en arrière, à sommet trifurqué, occupe le bord interne du pied, au niveau de la clef de voûte plantaire.

Des plaques cornées coiffent la pulpe des orteils, surtout du premier, et recouvrent la partie antérieure de la plante du pied.

L'excavation plantaire est doublée d'une semelle cornée, constituée par une multitude de petites cornes confluentes. Elle est en partie détachée et, au-dessous d'elle, la peau a son aspect normal. Une coque talonnière, épaisse de près d'un centimètre, engaine toute la région calcanéenne, remonte en arrière, jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille et empiète latéralement sur les bords du pied où la plaque cornée se termine par un bord net et sinueux, formé par des élevures à sommets distincts, qui se confondent par leurs bases.

Pied droit. — Lésions identiques mais beaucoup moins développées. Coque talonnière minime, placard de la voûte plantaire également moins épais, lames cornées recouvrant la pulpe des orteils et le bord externe du cinquième métatarsien ; le tout disposé symétriquement par rapport au pied gauche. Cependant, le dos des orteils n'est surmonté d'aucune production cornée.

Le malade affirme qu'avant la blennorrhagie, il n'a jamais eu de lésions analogues. L'épiderme de la plante des pieds était seulement un peu épais, ce qui s'explique aisément, la profession du malade étant connue.

Les mains et le reste du tégument sont tout à fait indemnes.

Pas de trouble de la sensibilité tactile ou thermique. Pas de

fourmillements, d'éclancements, ni de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Pas de troubles sécrétoires ou vaso-moteurs.

Aucun stigmate de syphilis. Aucune maladie grave avant la blennorrhagie.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels.

Ethylisme léger : le malade boit un litre et demi de vin par jour et absorbe un peu d'alcool.

Les viscères, cœur, poumon, foie, etc., sont sains. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Depuis son entrée dans le service de M. Fernet, le malade prend du salol et les genoux sont entourés d'ouate.

9 juin. — La température n'a jamais dépassé 37° 5. Les lésions tendent vers la guérison. L'une des cornes située sur le dos du gros orteil gauche s'est détachée, elle s'est évidée intérieurement comme une corne de ruminant, et la place qu'elle occupait est marquée par une tache rougeâtre, sèche et non saillante.

Depuis, l'affection cutanée du malade s'est grandement améliorée, en quelque sorte spontanément, car il a pris pour tout traitement du salol (1 gr. 50 par jour) et des injections de permanganate de potasse. Aujourd'hui, 25 juin, jour où le malade sort d'autorité, presque toutes les productions cornées sont tombées ; mais les articulations des genoux contiennent encore du liquide, et l'écoulement urétral n'est pas tari.

Observation 4

(Vidal : Annales de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1893, p. 3).

I

Le malade sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société, est entré, le 15 décembre dernier, dans le service de M. Besnier. Mon éminent collègue et ami, sachant que j'avais eu à soigner cet homme d'une maladie semblable à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital Saint-Louis, a mis le plus gracieux empressement à me permettre de vous le présenter.

Les manifestations cutanées d'origine infectieuse que nous constatons aujourd'hui sont d'une variété si rare que je n'en avais encore vu qu'un exemple et cet exemple unique m'avait été fourni par ce même malade.

A trente-deux mois d'intervalle, je vois se produire, trait pour trait, les symptômes et la marche de la maladie que j'avais observée en 1890 : les lésions cutanées sont identiques et leur évolution est exactement la même. En voici la double observation :

C..., Alexandre, âgé de 24 ans, exerçant la profession de relieur, est un homme de taille moyenne, d'un tempérament nerveux.

Antécédents. — Son père et sa mère sont rhumatisants. (Nous avons appris depuis que cette dernière est devenue folle et est morte en 1892.)

A l'âge de 18 ans, C... contracta une blennorrhagie et des chancres mous. La blennorrhagie guérit rapidement sans aucune complication. Les chancres furent cicatrisés en moins de trois semaines ; ils ne furent suivis d'aucun symptôme de syphilis secondaire, ce qui confirma le diagnostic de chancres non infectants inscrit par M. Mauriac sur le billet du malade à l'hôpital du Midi.

Le 25 février 1890, il s'aperçoit d'une nouvelle blennorrhagie assez aiguë ; elle marqua le point de départ et fut l'origine des accidents infectieux qui devaient l'obliger à passer plusieurs mois à l'hôpital.

Dans les premiers jours du mois de mai, des douleurs vives dans le genou droit le décidaient à entrer à l'hôpital de la Charité.

Plusieurs jointures devenaient douloureuses : le 12 mai, le genou gauche était également atteint d'une arthrite blennorrhagique bien caractérisée.

Dans les premiers jours d'avril, sans que le malade puisse indiquer de date précise, il vit se développer sur la peau de la région antérieure du genou droit, des croûtes qui persistaient encore quelques semaines plus tard et dont nous parlerons en décrivant les lésions cutanées au moment de l'entrée à l'hôpital Saint-Louis.

Vers la fin d'avril des croûtes de même espèce se formaient sur les pieds et sur les mains, beaucoup plus abondantes sur les régions plantaires et palmaires. Le malade dit que ces croûtes n'avaient été précédées ni de vésicules ni de bulles.

Cette éruption le décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis ; il y est admis dans mon service (Salle Devergie, n° 244), le 27 mai 1890.

Etat actuel. — Ce malade est pâle, amaigri, profondément

cacheectique et condamné au décuibitus dorsal par les souffrances prolongées d'une polyarthrite blennorrhagique.

La blennorrhagie qui a été traitée d'abord par le cubèbe, puis l'opiat au cubèbe et au copahu, n'est pas encore terminée et la pression sur le trajet de l'urèthre fait sourdre quelques gouttes de muco-pus.

Les yeux, dont la conjonctive a été assez vivement enflammée, sont encore un peu rouges. Le bord libre des paupières est le siège d'une blépharite et les cils sont agglutinés par de petites croûtes.

Le genou droit est encore très tuméfié et immobilisé par la douleur. L'articulation scapulo-humérale droite est douloureuse. Le doigt médius de la main droite est gonflé, rouge, douloureux, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. Cette petite articulation est aussi le siège d'une arthrite blennorrhagique.

La peau attire l'attention par une dermopathie tout à fait insolite : c'est une éruption symétrique et généralisée de croûtes dures, cornées, sèches, sans traces d'humidité ni de suintement. Petites et disséminées sur la tête, sur la face, sur le tronc, ces croûtes deviennent plus grosses sur les membres et sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités et surtout des extrémités inférieures.

La main droite est beaucoup plus envahie que la gauche. La face palmaire présente des croûtes d'un jaune brun, les unes isolées, les autres réunies, les unes aplaties, les autres saillantes, enchâssées dans un épiderme très épais, fortement adhérentes et présentant une très grande ressemblance avec la syphilide cornée.

Les doigts sont inégalement envahis, quelques croûtes discrètes sur leurs faces externes, internes et antérieures. Elles sont plus abondantes vers l'extrémité des doigts où elles se confondent pour former une croûte cornée, épaisse, enveloppant tout le bout du doigt et soulevant l'ongle qui est déjà presque détaché. La pression fait suinter quelques gouttes de pus provenant du tissu sous-unguéal. Ces productions cornées sont entourées par un liseré rougeâtre.

La main gauche, beaucoup moins atteinte, ne présente que trois petites croûtes cornées sur sa face palmaire. Les deux derniers doigts sont indemnes. Des croûtes soulèvent le bord libre des ongles des trois premiers doigts.

Les bras et les avant-bras sont très peu atteints. On y voit, disséminées, de petites croûtes cornées qui ressemblent, et par leur coloration, et par leur demi-transparence, à de fines gouttelettes de cire jaune. Elles sont en général discrètes ; on ne les trouve en groupe qu'au bord externe de l'avant-bras droit.

Tandis qu'autour du genou gauche on ne voit que quelques rares éléments croûteux, sur la face antérieure du *genou droit* (siège d'une des arthrites blennorrhagiques) les croûtes sont plus abondantes, plus nombreuses, plus volumineuses, d'apparence jaunâtre, cireuse, ayant une saillie conique de 1 à 3 millimètres au-dessus du niveau de la peau, formant deux groupes, un supérieur situé juste au-dessus du bord de la rotule et un inférieur composé d'éléments plus petits. (Moulage de Baretta n° 1544 du Musée de l'hôpital Saint-Louis).

Le pied droit est moins envahi que le gauche. La peau de sa face dorsale est à l'état normal.

Celle de la face dorsale des deux derniers orteils est recou-

vette par une enveloppe cornée d'un jaune brun, plus épaisse sur la saillie des articulations interphalangiennes.

L'extrémité des deux derniers orteils est coiffée par une calotte cornée qui commence à soulever les ongles. Une véritable corne cutanée, demi-transparente formant un cône, d'un centimètre et demi de hauteur, dont la base n'a pas plus d'un centimètre de diamètre, s'élève sur la peau de la face dorsale du cinquième orteil, au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième.

La face plantaire du pied, sur toutes les parties qui reposent sur le sol est recouverte d'une croûte cornée en forme de fer à cheval, concave du côté du bord interne. Cette plaque cornée est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils. Dans ces régions, elle est en partie brisée, exfoliée et se soulève par larges écailles dures et épaisses.

La lésion dépasse la plante du pied et s'étend un peu sur ses bords. (Moulage de Baretta, n° 1533 du Musée de l'hôpital Saint-Louis).

On retrouve sur le pied gauche les mêmes lésions, mais plus accentuées.

Les extrémités de tous les orteils sont recouvertes d'une croûte cornée encore plus complète et plus épaisse que celle des doigts de la main droite.

Tous les ongles paraissent soulevés.

Sur le bord interne se trouve une croûte conique tout à fait cornée, du diamètre d'une pièce de 50 centimes. En la détachant on met à nu une papule un peu humide et papillomateuse.

On voit une autre croûte semblable au niveau de la malléole externe.

Sur la région antérieure de la poitrine, sur le dos, sur l'abdo-

men, on constate la présence de quelques petites croûtes convexes sèches et dures, qui, pour la plupart, ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Généralement isolées, elles sont, en quelques points, réunies en groupes. Des macules rougeâtres, d'autres pigmentées, indiquent le siège qu'occupaient antérieurement les croûtes qui sont tombées.

Sur la face, sur les oreilles on voit quelques petites croûtes.

Il en existe quelques-unes, un peu plus grosses sur le cuir chevelu.

Les ganglions des régions inguinales et de la région cervicale postérieure sont un peu tuméfiés. Cette adénopathie qui ne s'est pas reproduite dans la récidive de la maladie ainsi que l'apparence de l'éruption à la paume des mains et à la plante des pieds avait contribué à me faire penser à une syphilide cornée. Cette opinion était partagée par plusieurs de mes collègues. Le traitement antisyphilitique n'amena aucune modification.

L'examen des organes internes ne révèle rien d'anormal. Le cœur paraît sain.

L'analyse de l'urine ne décèle ni albumine ni sucre.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée bien que la malade soit assez nerveuse et excitable.

Evolution et structure des croûtes. — Je n'ai vu qu'exceptionnellement les croûtes précédées par des vésicules ou des vésico-pustules. En général on constatait l'apparition d'une petite croûte jaunâtre, sèche et dure, grosse d'abord comme un grain de millet, s'élevant graduellement, bombée ou acuminée, s'étendant par ses bords jusqu'à dépasser un centimètre de diamètre. Sa face adhérente, un peu concave, couvrait une papule un peu papillomateuse, sèche ou légèrement humide.

La coupe des productions cornées les plus dures laissait voir,

au microscope, une stratification de couches épidermiques cornées et ressemblait à la coupe d'une corne cutanée.

A l'examen bactériologique fait à plusieurs reprises, nous n'avons trouvé aucun microbe pathogène.

Marche de la maladie. — Le 15 juin l'arthrite blennorrhagique a envahi de nouvelles articulations. Localisée d'abord au genou gauche, puis au genou droit, elle atteint en cinq ou six jours, toutes les articulations des membres supérieurs. Les souffrances sont très vives et ne sont pas modérées par le salicylate de soude administré à la dose quotidienne de 5 à 6 grammes.

Le sulfate de quinine produit un meilleur résultat. L'état aigu, avec mouvement fébrile très intense, dure pendant 10 jours jusqu'au 25 juin. Le cœur ne paraît pas avoir été intéressé dans cette exacerbation de l'état infectieux.

Malgré les abondantes transpirations qui ont accompagné l'état fébrile, pendant plusieurs jours, les croûtes se sont peu modifiées et il n'en a guère paru de nouvelles que sur la région dorsale.

Celles de la face palmaire de la main droite se fissurent, se brisent et commencent à s'exfolier.

Les ongles du pouce et de l'index sont tombés ; ils sont remplacés par une petite masse sphérique en haut, en massue à son extrémité, composée d'éléments cornés, de couleur jaune bleuâtre, demi-transparents comme les croûtes des autres régions.

Les ongles du médus, de l'annulaire et du petit doigt, près d'être détachés, sont comme enchiassés et sont repoussés en haut par la production épidermique croûteuse et cornée qui les entoure complètement et forme autour de chacun d'eux un véritable collier. Sur l'auriculaire et sur le médus deux croûtes isolées formant deux masses acuminées, assez volumineuses, ressemblant à deux véritables cornes cutanées.

L'éruption a augmenté sur la face palmaire de la main gauche. On y voit quelques-unes des croûtes entourées d'une collerette épidermique rappelant la collerette de Biet.

Les ongles, entourés de croûtes, commencent à être soulevés, ils ont déjà une teinte jaunâtre qui annonce leur mortification.

L'éruption est devenue plus abondante sur les pieds. Leur face dorsale a été envahie par les croûtes.

Tous les orteils, à l'exception du cinquième, ont perdu leurs ongles. Ces phanères sont remplacées par une croûte jaunâtre, dure et sèche, encadrée par une croûte cornée plus épaisse, plus dure et plus élevée.

Le 25 juillet. — L'état du malade étant notablement amélioré, l'appétit et le sommeil étaient revenus, l'anémie commençait à diminuer ; l'écoulement blennorrhagique était presque tari : quelques douleurs persistaient encore dans les articulations du bras gauche et dans les genoux encore tuméfiés, lorsque, par suite de réparations à faire dans mes salles, le malade fut transféré dans le service de M. Besnier, suppléé par M. Brocq.

Dans la pensée que les lésions étaient d'origine trophique, M. Brocq fit appliquer à plusieurs reprises, et à huit jours d'intervalle, des pointes de feu sur le rachis.

Des douches écossaises, puis ensuite des douches froides furent associées à ce traitement révulsif.

Le 20 septembre, les doigts et les orteils sont presque complètement débarrassés de leurs productions cornées.

Tous les ongles de la main droite sont tombés ; à la main gauche ceux du pouce et du médius sont seuls tombés.

Tous les orteils ont perdu leurs ongles.

Le 11 octobre. — On ne voit plus trace de croûtes sur les mains, et l'épiderme est en réparation ; les ongles commencent à

repousser ; à leur pourtour ils sont entourés par un liséré rouge d'un à deux millimètres de largeur. Plusieurs des ongles nouveaux sont striés dans le sens de leur longueur.

Sur la face plantaire des pieds on ne voit plus de croûtes, les parties de peau qu'elles recouvraient sont encore très rouges ; leur épiderme nouveau est très mince, et la sensibilité de cette région est très vive.

Les ongles des orteils n'ont pas encore repoussé ; une plaque croûteuse, cornée, d'un centimètre de longueur sur un centimètre de largeur adhère encore à l'extrémité du gros orteil du pied droit.

Le 27 novembre C..., rentre dans mon service. Son état général est considérablement amélioré.

Le 13 décembre, sauf un peu de rougeur à la plante des pieds, la peau a repris son aspect normal. On ne trouve aucune apparence de cicatrice, ce qui indique que la lésion a été superficielle et n'a pas dépassé la couche papillaire.

Les ongles ont tous repoussé.

La blennorrhagie est complètement guérie.

Le 3 janvier C..., en état de reprendre ses occupations, quitte l'hôpital Saint-Louis.

II

Récidive de la dermatose cornée et des arthrites dans le cours d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

Après sa sortie de l'hôpital, le 3 janvier 1891, C... n'avait conservé aucune trace de blennorrhagie. Les ongles avaient re-

Robert

poussé, les lésions cutanées avaient complètement disparu sans laisser de cicatrices et la coloration un peu pigmentée, qui leur avait survécu, avait fini par s'effacer.

Fait important à noter : les croûtes qui se formaient sur les coupures ou les écorchures qu'il se faisait étaient friables, comme les croûtes ordinaires et n'avaient rien de l'état corné des lésions observées pendant la maladie. Il en était de même avant la première infection blennorrhagique. Plusieurs orteils s'étaient rétracté et le deuxième orteil de chaque pied avait subi la déformation dite : « en marteau ».

Cette difformité le gênant pour mouvoir la pédale de relieur l'avait obligé à changer de profession. Employé comme homme de peine, il portait facilement de lourds fardeaux et était en très bonne santé lorsque survint l'affection qui l'a décidé, en ces temps, à venir se faire soigner à l'hôpital. C'est presque trait pour trait, à trente deux mois d'intervalle, entre le commencement de chacune des deux blennorrhagies qui en ont été l'origine, la reproduction de la curieuse maladie que nous avons observée en 1890. Nous avons conservé sur sa nature des doutes que la réciproque actuelle vient d'éclairer.

Début de la deuxième infection blennorrhagique : Le 8 novembre 1892, C..., contracte une nouvelle blennorrhagie, modérément douloureuse, avec écoulement peu abondant qui ne l'empêchait pas de travailler.

Vers le huitième jour, une conjonctivite des deux yeux l'obligeait à garder la chambre, et le dixième jour il commençait à souffrir de l'articulation coxo-fémorale droite.

Le 23 novembre, il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis et M. Sabouraud l'envoie à la clinique d'ophtalmologie.

Admis à l'hôtel-Dieu le 25, dans le service de M. le Professeur Panas, il y fut soigné pendant trois semaines.

L'examen fait par M. le Dr Terson démontra :

1° Que l'écoulement blennorrhagique contenait des gonocoques de Neisser;

2° Que la conjonctivite était simple, non purulente, et l'examen bactériologique n'y a démontré que les bacilles désignés par Fritsch sous les caractères B, etc.

Pendant que la conjonctivite cédait à de simples lotions boriquées, les symptômes actuels commençaient à se manifester sur la peau et du côté des articulations.

Le genou droit, très douloureux était tuméfié par une arthrite blennorrhagique.

Des croûtes sèches, dures, sans vésicules apparentes, sans pustules préexistantes, se formaient sur la région antérieure de la poitrine, et sur la région dorsale. Des croûtes de même nature, s'étendant par leurs bords et augmentant graduellement d'épaisseur, se manifestaient aux régions plantaires et sur les orteils.

Le malade voyait se reproduire et reconnaissait les mêmes lésions cutanées dont il avait été atteint en 1890.

Presque guéri de sa conjonctivite, il quittait l'Hôtel-Dieu pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis, le 13 décembre, dans le service de M. Besnier (salle Devergie, n° 27).

Peu de jours après son entrée, il s'est reproduit une nouvelle crise de conjonctivite, assez intense au début, avec une photophobie assez prononcée pour avoir fait penser à l'existence d'une iritis. Mais, comme la première fois, cette conjonctivite a cédé assez rapidement aux lotions et aux applications de compresses imbibées de solution d'acide borique.

Etat actuel. Le 5 janvier 1893, nous constatons que : 1° La blennorrhagie, traitée à l'Hôtel-Dieu par des capsules de santal citrin, a complètement cessé. Un examen du mucus urétral fait

par M. Sabouraud n'a montré aucun gonocoque et confirme la guérison ; 2° plusieurs articulations sont atteintes d'une arthrite blennorrhagique. L'articulation scapulo-humérale gauche est le siège de vives douleurs. Celle du côté droit, qui avait été prise assez drôlement, est en voie d'amélioration. Le genou droit est encore gonflé et douloureux.

Le malade a éprouvé des douleurs dans les jointures des doigts. L'articulation de la première avec la deuxième phalange de la main droite est prise comme elle l'avait été lors de la première maladie. Au niveau de cette arthrite, qui est le siège de vives douleurs, le doigt est très tuméfié. On voit sur la peau une large bulle blanchâtre formée à la suite d'une application d'un morceau de sparadrap de Vigo.

Cette polyarthrite blennorrhagique a donné lieu à des mouvements fébriles assez modérés et la température n'a pas dépassé 39°. Ce maximum avait été constaté le 2 janvier.

3° Les lésions cutanées qui ont commencé sur la région antérieure de la poitrine et sur le dos se sont généralisées et sont symétriques. Elles sont plus abondantes et forment des croûtes cornées plus épaisses aux extrémités et surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, aux orteils et autour des malléoles.

Le diamètre des croûtes isolées varie de deux à dix millimètres et même davantage. Les plus petites sont celles de la face et du tronc.

Elles sont bombées ou coniques, dures, cornées, s'exhaussent par couches successives, grandissant par leurs bords et entourées d'un cercle en desquamation. Elles sont assez adhérentes et, en les détachant, on découvre une papule saillante, un peu humide et végétante. La face adhérente de ces croûtes est concave et porte les empreintes des prolongements papillomateux.

L'éruption est discrète sur la face et le cuir chevelu. On n'y voit que quelques petites croûtes cornées, disséminées, et on trouve des macules rouges qui ont succédé à des croûtes récemment tombées.

Le bord des paupières est encore rouge. Les conjonctives sont à peine injectées.

Des croûtes peu nombreuses existent sur le tronc, sur la poitrine, sur le dos, sur le ventre, sur les régions fessières. Elles sont plus nombreuses, mais encore discrètes, sur les cuisses, plus abondantes.

En descendant vers le bas de la jambe, elles deviennent confluentes en bien des points. Autour des malléoles elles forment des plaques épaissies. Les croûtes de cette région n'ont pas toutes le même aspect, les unes sont d'un jaune brunâtre transparent (comme les croûtes des autres régions du corps) ; les autres sont plus jaunâtres, opaques, un peu pulvérulentes sur leurs bords ; ces dernières ont succédé à une éruption de vésicules dont le liquide est devenu jaunâtre, séropurulent et s'est ensuite desséché.

Sur la région plantaire et sur les orteils, nous retrouvons exactement la même apparence des lésions que nous avons constatée dans la première maladie.

Sous la plante du pied et surtout dans la région métatarso-phalangienne de larges croûtes forment des tubérosités dures, cornées.

Elles couvrent, en une large plaque inégale et mamelonnée, la région du talon. Les orteils sont enveloppés, autour de leur extrémité, par une carapace jaune brunâtre cornée, comme transparente, cernant les ongles qu'elle commence à soulever.

Les extrémités des orteils sont très sensibles, douloureuses, et le malade se plaint vivement lorsqu'on les touche.

Comme dans la première maladie, la face palmaire des mains est le siège de productions cornées, les unes discrètes, les autres un peu conglomérées. Enchâssées dans l'épiderme, difficiles à détacher, elles ressemblent aux papules cornées de la période secondaire de la syphilis.

On ne voit que quelques petites croûtes sur les doigts. L'extrémité du pouce gauche est coiffée par une croûte cornée qui commence à soulever le bord libre de l'ongle.

L'appétit est revenu, le sommeil est moins troublé par les douleurs articulaires, et le malade, qui était très amaigri, très affaibli et très anémié commence à reprendre ses forces.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée, même aux extrémités inférieures. Les réflexes du tendon rotulien un peu exagérés ; mais il faut tenir compte de ce que le malade est très nerveux.

12 janvier. — Des applications de liniment oléo-calcaire, prescrites par M. Besnier et faites sur le pied gauche et sur le bas de la jambe, ont ramolli et fait tomber les croûtes cornées, entraînant dans leur chute les ongles nécrosés et déjà décollés. Elles laissent à nu une surface rouge, humide, inégale, mais non ulcérée ; l'épiderme voisin est plus ou moins épaissi et soulevé sur les bords des régions envahies. Il est facile de voir que la lésion est superficielle, épidermique, et qu'elle ne paraît pas dépasser la couche papillaire.

Structure des croûtes cornées. — Les coupes des productions cornées, examinées au microscope, sont identiques à celles que nous avons vues en 1890 ; elles ont la plus grande ressemblance avec celle d'une corne cutanée.

L'examen bactériologique fait par M. Sabouraud, a été négatif, comme celui que nous avons fait pendant la première maladie. Il n'a décelé dans ces productions cornées ni gonocoques, ni microbes pathogènes.

La récurrence de ces lésions cutanées dont la pathogénie était restée douteuse en 1890, permet d'en faire une manifestation directe de l'infection blennorrhagique, au même titre que la polyarthrite blennorrhagique qui, dans les deux atteintes, a été le symptôme caractéristique de l'état infectieux.

Aux localisations cutanées déjà connues de l'infection blennorrhagique, se manifestant sous forme d'éruptions rubéoliformes, d'érythèmes polymorphes, de vésicules, de bulles, etc., on pourra désormais ajouter l'éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles.

Observation 5

Blennorrhagie à six récurrences ; blennorhumatismes de forme aiguë, généralisée, à cinq récurrences ; lésions blennotrophiques à trois récurrences ; déformations articulaires ; talon blennorrhagique ; lésions cardio-aortiques ; angine de poitrine.

(Jacquet et Gluka. Société médicale des Hôpitaux, 22 janvier 1877).

Le nommé Auguste L..., âgé de 27 ans, forgeron, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1895, salle Saint-Charles, lit n° 2, pour un rhumatisme blennorrhagique compliqué de troubles trophiques

variés. Il présente en outre une affection cardiaque avec crises angineuses fréquentes.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Son père est mort à 70 ans d'une maladie de cœur. Il n'était pas rhumatisant.

La mère se porte bien, n'est pas rhumatisante et deux frères sont bien portants. Un troisième est mort de péritonite ?

Antécédents personnels. — Lui-même a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de quatorze ans. Aucune maladie d'enfance. Aucune fièvre éruptive, aucune pyrexie (fièvre typhoïde, etc.). Pas de syphilis, pas de malaria. Jamais de chorée, ni de rhumatisme articulaire aigu avant l'apparition de sa première chaude-pisse.

De quatorze à vingt-et-un an a fait un énorme abus de boisson (4 litres de vin par jour et six verres d'alcool.) Depuis il prétend être sobre.

A quatorze ans, première chaude-pisse, sans antécédents généraux, sans rhumatisme ; durée : deux mois.

Bonne santé jusqu'à vingt ans.

Depuis lors, cinq nouvelles blennorrhagies, toutes suivies, au bout de quinze jours, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, de plus en plus sévère et de plus en plus tenace.

C'est à vingt ans qu'il a eu sa deuxième chaude-pisse : elle a duré trois mois et a été suivie de goutte militaire persistante.

Quinze jours après le début de la blennorrhagie, première attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé à toutes les jointures, sauf aux mains. Beaucoup de fièvre, jusqu'à 39°.8. Tallaigie intense, sueurs très abondantes, grande pâleur. Epididymite gauche dans le cours de cette blennorrhagie ; le salicylate de soude a paru le soulager beaucoup. Le rhumatisme a duré plus de quatre mois. On n'a rien constaté au cœur à cette époque.

A vingt-et-un an, troisième chaude-pisse quinze jours avant de partir pour le régiment ; s'est prolongée près de cinq mois. S'est « réchauffée » vers le sixième.

A ce moment, deuxième attaque de rhumatisme. Fièvre très forte. Alité 2⁷ mois.

Réformé au bout de un an de service, à cause des déformations que le rhumatisme avait laissé aux pieds.

Toujours rien au cœur.

A vingt-trois ans, quatrième chaudepisse, quinze jours après, troisième rhumatisme dans toutes les jointures, y compris les mains.

Les déformations apparaissent dans la main droite, s'accroissent au pied droit.

Vers le déclin de son rhumatisme, apparition pour la première fois, de productions cornées analogues à celles qu'il présente aujourd'hui, mais beaucoup plus nombreuses, existant non-seulement à la plante des pieds, mais encore sur le dos des orteils. Chute des ongles des orteils.

Durée du rhumatisme, 4 mois.

Pour la première fois, on constate une cardiopathie. Le malade croit se rappeler qu'on a diagnostiqué une péricardite (service de M. Robin).

A vingt-six ans, cinquième chaudepisse.

Quatrième attaque de rhumatisme ; six mois de durée. Fièvre forte, rhumatisme généralisé. Convalescence longue.

Les déformations apparaissent dans la main gauche, s'accroissent dans le pied gauche.

Mêmes productions cornées que dans la précédente attaque. Tout l'épiderme de la plante des pieds, fortement épaissi, se détache sous forme d'une large coque hérissée de cornes.

Apparition, pour la première fois, des crises angineuses (service de M. Dujardin-Beaumetz). Injections de morphine.

Enfin, cette année, dans les premiers jours de juillet 1895, sixième chaudepisse; huit jours plus tard (14 juillet), nouvelle attaque de rhumatisme généralisé.

Débute par les pieds, les articulations temporo-maxillaires, puis celles de la colonne vertébrale (région lombaire), les articulations du cou, les épaules, les coudes, les mains; les douleurs ont été précédées de prodromes ayant duré trois ou quatre jours: fièvre, frissonnements, grande transpiration, diarrhée abondante, anorexie.

Le 1^{er} avril, le malade entre à la Pitié, dans le service de M. Petit, le poignet gauche est encore fortement pris. On constate, à ce moment, les lésions cardiaques que nous étudierons plus loin. Nouvelles crises angineuses que l'on combat d'abord par des injections de morphine, puis de la trinitrine.

Vers le 15 août, alors que les douleurs rhumatismales sont en pleine période de décroissance et que la fièvre a complètement disparu, on voit apparaître à la plante des pieds, des productions cornées (troisième atteinte); le malade ne se levait pas encore.

Le 24 août, il quitte la Pitié.

Le 26, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, lit n° 2.

Etat actuel. — Aspect général: Malade pâle, anémié, amaigri, le masque est inquiet, donne l'impression d'un état de souffrance assez marquée, bien que le malade souffre peu en ce moment: mais il est bon de noter qu'il est devenu morphinomane. Le visage redevient calme après une injection de morphine.

Pas de fièvre.

Articulations et tissus périarticulaires.

Le rhumatisme est maintenant dans une phase presque chro-

nique. Peu de douleurs spontanées dans les quelques articulations qui sont encore légèrement tuméfiées. Ce qui domine, ce sont les déformations, des troubles trophiques et des points douloureux à la pression.

A la tête. Articulations temporo-maxillaires intactes.

Point douloureux très net à la pression des os propres du nez et de ses cartilages.

Les membres supérieurs sont très amaigris. Les masses musculaires ont fondu. Tous les mouvements sont encore possibles. Mais, dans l'épaule gauche, leur amplitude est diminuée et on sent quelques craquements.

Les épaules, sauf quelques douleurs erratiques surtout nocturnes ne sont pas douloureuses spontanément ou à la pression, les coudes sont indolents, leurs mouvements bien conservés. Encore un peu de tuméfaction et des douleurs au poignet droit. Au poignet gauche, quelques douleurs à la pression.

Les articulations métacarpo-phalangiennes sont tuméfiées, surtout la troisième. Les doigts sont déviés vers le bord cubital, surtout à droite. Les espaces interosseux sont très amaigris, forment des méplats très accusés.

Cependant les muscles interosseux et les lombricaux ont conservé leur contractilité. Les mouvements d'écartement des doigts, de même la flexion des premières phalanges sur le métacarpe (les deux autres restant dans l'extension) s'exécutent facilement. Dans toute l'étendue des deux membres supérieurs pas de troubles trophiques cutanés jusqu'à la région des phalanges.

Mais sur l'extrémité des trois derniers doigts, surtout à gauche (et plus particulièrement sur l'auriculaire), la peau présente une coloration rosée, elle est lisse, amincie, adhérente, sans toutefois présenter d'aspect cicatriciel. Elle est le siège d'une

desquamation légère qu'on retrouve dans la paume de la main et qui est, peut-être, due à l'emploi de topiques (baume tranquille, etc.).

En outre, l'ongle de l'auriculaire gauche est soulevé à son extrémité par une masse cornée, épaisse, formée par plusieurs couches stratifiées qui séparent l'ongle du derme sous-unguéal et se prolongent sur le côté sous forme de deux minces cornes qui circonscrivent les bords latéraux de l'ongle en se confondant insensiblement avec l'épiderme périunguéal.

Un sillon de séparation isole, en quelque sorte, cette production cornée du derme sous-unguéal, et il semble que ce sillon, en se creusant de plus en plus, doive amener à la longue la chute de toute cette masse cornée et de l'ongle lui-même dont elle n'est qu'une dépendance.

C'est d'ailleurs, au dire du malade, ce qui se serait produit dans un avant-dernier rhumatisme et cela pour plusieurs doigts et plusieurs orteils.

La colonne vertébrale présente un point douloureux très net à la pression au niveau de l'apophyse épineuse de la septième cervicale, ou plutôt du ligament qui l'unit à la première dorsale.

Le reste du rachis n'est pas douloureux.

Ceinture pelvienne et membres inférieurs. Aux membres inférieurs, même état d'émaciation qu'aux membres supérieurs. Ces masses musculaires n'ont pas perdu leur contractilité.

Douleur vive à la pression, au niveau de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche et sur la portion correspondante de la crête. Cette douleur existe également au niveau des cloisons fibro-tendineuses qui en partent.

Douleur vive également au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Douleur vive au coccyx et au ligament ano-coccygien.

Les articulations coxo-fémorales paraissent indemnes. Si l'on exerce une pression, même forte, sur les masses musculaires de la cuisse ou de la jambe, on ne provoque aucune douleur. Mais, si on les prend à pleine main et qu'on les serre même légèrement, on en provoque une très vive.

Les genoux ne sont pas tuméfiés, leurs parties osseuses paraissent indemnes; les mouvements sont libres.

Au cou-de-pied les mouvements sont un peu limités, un peu douloureux à gauche. Pas de craquements.

Les pieds présentent des déformations très accusées.

Du côté droit où elles sont plus marquées, le pied est comme tassé. Son diamètre antéro-postérieur semble raccourci dans sa portion préjambière, tandis qu'en arrière, au contraire, il existe une forte saillie due à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du calcanéum, au point d'attache du tendon d'Achille.

Le bord externe du pied épaissi, raccourci, ne présente absolument aucune saillie. Il est presque absolument rectiligne si on le regarde latéralement et un peu d'en haut. Vu par la face plantaire, il présente une légère courbure dont la convexité regarde le sol. Le sommet de cette courbure répond à l'apophyse du cinquième métatarsien, et c'est un des points sur lesquels le pied repose sur le sol dans la station debout.

Le bord interne, au contraire, est fortement excavé, une distance de plus de trois centimètres le sépare du sol à son point culminant.

Les points d'appui sur le sol sont plus étendus que normalement : ce sont d'abord le bord externe du pied sur toute sa longueur, surtout à la partie moyenne, puis le tiers antérieur des quatrième et cinquième métatarsiens, une zone antérieure répon-

dant surtout à l'os sésamoïde extérieur du gros orteil; une zone postérieure répondant à la face inférieure du calcanéum.

Les orteils, à l'état de repos, sont très écartés du sol.

Le gros orteil s'insinue sous le deuxième orteil, qu'il soulève fortement, de façon à se mettre en contact avec le troisième; il en résulte que le deuxième orteil est sur un plan supérieur à tous les autres, invisible par la face plantaire, faisant une forte saillie à la face dorsale.

Tous les orteils sont déviés légèrement, vers le bord externe du pied. Ils sont fortement incurvés en crochets et relevés vers la face dorsale par l'hyperextension de leur première phalange sur le métacarpien correspondant.

Au pied gauche, les déformations sont moins marquées: la voussure de la face dorsale existe, de même la forte saillie de la partie postérieure du calcanéum; le bord interne du pied est également épaissi, mais présente une légère concavité vers la face plantaire, le bord interne est moins excavé qu'à l'autre pied. Tous les orteils sont déviés vers le bord externe, mais le premier ne s'insinue pas sur le deuxième.

Enfin, les orteils de ce pied sont également incurvés en crochet, et en hyperextension sur le métacarpe.

Les points d'appui du pied sur le sol sont à peu près normaux. Tous les os et articulations du tarse sont douloureux à la pression, principalement l'hyperostose du calcanéum au niveau des attaches du tendon d'Achille et le tendon lui-même.

Autres points douloureux au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, de l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil et de la gouttière du long péronier latéral. Mais les mouvements provoqués ne sont pas douloureux.

Outre ces altérations osseuses et fibreuses il existe des trou-

bles trophiques très marqués des ongles et de la face plantaire des pieds.

Ces ongles sont presque tous déformés, épaissis. Au gros orteil véritable périonyxis avec rougeur, squames, se continuant jusqu'à mi-hauteur du dos de la phalange. L'ongle lui-même est à l'état de masse cornée morte, irrégulièrement striée en long et en travers, opaque, brunâtre, et qui ne tardera pas à se détacher.

C'est ce qui a lieu au 4^{me} orteil gauche où l'ongle est tombé et a laissé le derme sous-unguéal saignant et papillomateux.

A la plante des pieds, l'épiderme est fissuré, crevassé et se détache en squames très larges et très épaisses. Toute la semelle plantaire est formée d'une couche cornée, épaissie considérablement en certains points de façon à former des saillies très régulièrement coniques à sommet un peu émoussé comparables par leur forme et leurs dimensions à un clou conique de tapissier.

Les dimensions de leur base sont celles d'une pièce de vingt centimes, de 50 centimes et même de 1 fr. Leur hauteur est de 5 à 15 millimètres. Nettement isolées par places, elles sont ailleurs très rapprochées, de sorte que, primitivement distinctes, elles deviennent confluentes et donnent lieu à une saillie mamelonnée à sommet double, triple et même quadruple donnant en miniature l'impression d'un massif montagneux à sommets multiples comme les représenterait une carte géographique en relief. C'est ce que l'on voit par exemple au niveau du bourrelet métatarsophalangien du pied droit vers la tête du premier et deuxième métatarsiens.

Ces cornes sont dures, de consistance et de structure cornées, un peu translucides à leur sommet.

Beaucoup plus nombreuses au pied droit, elles existent aux points de pression normaux et anormaux du pied et surtout au pourtour de ces points de pression.

Au pied droit on en trouve deux vers le bord externe, la première à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen, la deuxième à l'union du tiers moyen et du tiers antérieur ; deux autres situées un peu en dedans de cette dernière et formant avec elle un triangle isocèle, une très petite en arrière et en dedans de la tubérosité interne de la face inférieure du calcanéum ; il en existe un amas de 4 ou 5, vers le bourrelet métatarsophalangien du premier métatarsien et du deuxième ; une autre très petite sur la saillie que forme en dedans l'articulation métacarpophalangienne du gros orteil.

Sur le pied gauche, on en voit une volumineuse vers la tête du premier métatarsien, une petite en avant de la tubérosité interne du calcanéum et enfin une très petite correspondant au bourrelet sous-métatarsien du troisième orteil.

L'apparition de ces cornes datent de quinze jours environ. Il n'existe rien d'analogue sur le dos du pied. Ces régions ont été envahies dans les précédentes attaques de rhumatisme.

Système nerveux. — Sensibilité. L'examen de la sensibilité, sous tous ses modes dans la partie supérieure du tronc, les membres inférieurs et la tête ne révèle aucun trouble.

A l'abdomen et aux membres inférieurs, la sensibilité tactile est normale partout.

A la douleur, hyperesthésie légère plus marquée à l'abdomen et dans le segment supérieur des cuisses, plus marquée à gauche qu'à droite : à la température, aucun trouble.

Les cornes elles-mêmes présentent une insensibilité absolue pour tous les modes, mais l'anesthésie cesse brusquement à partir de la base même de la corne. Elle indique simplement qu'il s'agit de tissu corné mort.

Les réflexes rotuliens sont peu marqués, les réflexes pupillaire, crémasterien, bulbo-caverneux, cutanés, sont normaux.

Le réflexe plantaire est même exagéré dans les points où les téguments ne sont pas trop épaissis.

Il existe quelques crampes dans les mollets, surtout la nuit.

Il n'y a aucun trouble de la mobilité en dehors de l'impotence relative due aux douleurs articulaires.

Les organes des reins n'offrent rien de remarquable, les sphincters sont intacts.

Organes génito-urinaires. — Encore un léger écoulement urétral, quelques filaments dans l'urine. Noyau inflammatoire ancien à la queue de l'épididyme gauche.

Ganglions inguinaux assez gros, surtout à gauche. Pas d'albuminurie ni de glycosurie.

L'appareil respiratoire est intact.

Les fonctions digestives sont bonnes.

Le foie est gros, non douloureux, descend presque jusqu'à l'ombilic ce qui est sans doute en rapport avec les excès alcooliques du malade. La rate ne paraît pas hypertrophiée.

Le cœur présente une grosse lésion. On est frappé à l'inspection, par une forte saillie que fait l'articulation sterno-claviculaire droite et un peu la partie interne du premier espace intercostal droit. La main, appliquée en ce point perçoit un frémissement systolique intense. Ce frémissement existe également au niveau de la crosse de l'aorte qui s'élève plus haut que normalement derrière le manubrium et est perceptible au doigt. Le pouls capillaire existe.

Pas de souffle crural.

En résumé : lésions d'aortite avec ectasie probable, double lésion de l'orifice aortique, rétrécissement mitral faible.

Robert

Notons enfin que le malade présente à certains moments des accès angineux. Le siège de la sensation angoissante n'est pas franchement précordial. Le malade le rapporte à la région épigastrique. Il y a irradiation souvent vers l'épaule gauche, jamais vers les doigts. Ces accès se répètent fréquemment, durent quelquefois deux heures et plus. Ils cèdent vite à la morphine. Le malade est devenu morphinomane.

Ces accès angineux liés à l'aortite ne sont nullement influencés par les efforts, les mouvements.

Ils sont plus fréquents la nuit. Chez ce malade, comme nous l'avons dit plus haut, on ne relève, dans les antécédents, d'autre maladie infectieuse que ses nombreuses blennorrhagies compliquées de polyarthrites aiguës. Il est donc logique d'admettre que c'est bien là la cause de sa cardiopathie.

Traitement. Repos au lit. Injections de permanganate de potasse, salicylate de soude, 6 grammes.

Injections de morphine lors des accès angineux.

Même sensation au niveau de la sous-clavière droite un peu surélevée.

On constate également la danse des artères dans les gros vaisseaux du cou.

Pas de pouls veineux ; la matité cardiaque est augmentée plus dans le sens vertical que dans le sens transversal, la pointe bat dans le sixième espace, à 12 centimètres du bord droit du sternum.

La matité aortique augmentée déborde le bord droit du sternum de 2 à 3 centimètres.

À l'auscultation, on perçoit un double souffle énorme qui s'entend dans presque toute la région précordiale avec maximum au foyer de l'aorte.

Là le premier souffle qui est systolique, présente une dureté, un caractère rugueux, extrême. Il se propage franchement, en conservant ces caractères, vers la clavicule droite.

Le 2^{me} souffle couvre le claquement des signoïdes et une grande partie de la diastole ; il est très intense.

A la pointe, il existe un léger frémissement présystolique coïncidant avec un léger roulement à l'auscultation et un dédoublement du deuxième bruit, d'ailleurs très peu marqué.

10 septembre. — Rien de nouveau. De temps en temps quelques douleurs vagues dans certaines articulations (poignet droit, cou-de-pied droit). Les cornes plantaires commencent à se dessécher un peu.

Suppression du salicylate qui est sans action, 15 septembre. Les pieds du malade ont été moulés hier. L'humidité du plâtre a considérablement ramolli l'épiderme. Une ou deux cornes ont été entraînées par le moule : et l'on arrive assez facilement en soulevant l'épiderme au niveau de la base des cornes, à les détacher complètement. Leur adhérence, qui était intime au début, est nulle aujourd'hui. Elles ne présentent plus aucune connexion avec les couches sous-jacentes, seule la partie centrale de la corne adhère encore au plan profond ; mais cette adhérence est facilement détruite sans que le malade éprouve de la douleur. Chaque corne ainsi détachée est creuse. Par sa base elle se continue insensiblement avec l'épiderme de la plante du pied que l'on enlève avec elle par larges lambeaux. Elle est exclusivement formée par une lame cornée, mince par la base, beaucoup plus épaisse vers le sommet. La portion des téguments qu'elle recouvre présente une légère saillie mamelonnée appréciable à la vue et au toucher.

Au toucher on a la sensation d'une petite saillie conique, un

peu ferme, un peu irrégulière, légèrement humide et de consistance d'autant moins marquée que l'adhérence de la corne était plus forte et que la difficulté à la détacher a été plus grande.

A la vue, ce mamelon est comme hérissé de petites élevures, beaucoup plus fines, d'un blanc un peu nacré, sorte de prolongements villeux très fins, très déliés, brillants. Ce sont des papilles hypertrophiées recouvertes d'une mince couche d'épiderme probablement en voie de kératinisation. La corne elle-même ne représente que les couches les plus superficielles de cette hypertrophie dermique et épidermique.

Il s'agit d'une hyperkératinisation coïncidant avec une hypertrophie papillaire et se développant surtout aux points où le pied a été soumis à des frottements répétés alors que le malade était bien portant et ne pouvait marcher ; ces mêmes traumatismes ayant servi de point d'appel à la localisation des troubles trophiques et leur ayant permis de se développer alors même que le malade gardait encore le lit.

La corne, au début, fait corps et partie intégrante avec le tégument, puis, au fur et à mesure que les couches cornées se multiplient, il se fait une séparation entre ces couches kératinisées et les couches sous-jacentes et cette séparation marche de la périphérie vers le centre où l'adhérence cesse en dernier lieu. C'est à ce moment que la corne tombe spontanément ou peut être enlevée facilement.

Signalons enfin qu'au niveau de la saillie mamelonnée papillaire et de la zone cutanée qui l'entoure, la sensibilité est exquise. Le moindre frôlement est vivement perçu par le malade.

22 septembre. Aujourd'hui encore cette hyperesthésie locale est très manifeste.

Les saillies mamelonnées, étudiées plus haut, se sont affais-

sées en 24 heures environ, en prenant une consistance cornée. Elles tendent toutes à disparaître.

25 septembre. Le 25 septembre, jour où le malade est vu pour la dernière fois, l'épiderme de la plante du pied s'est presque entièrement renouvelé et les productions cornées ne se sont pas reproduites.



CONCLUSIONS

Il existe aujourd'hui dans la science cinq cas parfaitement nets, nous semble-t-il, d'hyperkératinisation affectant la forme de cornes ou de cônes, développés sous l'influence de la blennorrhagie.

Dans la plupart des observations (4) en même temps que les cornes cutanées ou même avant elles, il existait du rhumatisme blennorrhagique articulaire, ou une affection considérée comme de même nature (iritis).

Ces cornes cutanées affectent de préférence les extrémités, plutôt la face plantaire ou palmaire que la face dorsale, et, d'une manière générale les régions où les pressions sont le plus énergiques (face antérieure des genoux, etc.).

On peut les voir sur tous les segments des membres et même, comme dans le cas de M. Vidal, sur le tronc, la face et le cuir chevelu.

Ces productions cornées surviennent ordinairement vers le déclin du rhumatisme blennorrhagique. Il en serait une mutation d'après M. Jacquet.

Elles persistent pendant quelques semaines ou quel-

ques mois, et disparaissent avec ou sans traitement.

D'après les auteurs qui ont observé ces lésions elle doivent être considérées comme étant d'ordre trophique, liées probablement à une lésion médullaire ou nerveuse.

En ce qui concerne leur anatomie pathologique, ce serait des hyperkératoses liées à une dermite papillaire diffuse ou circonscrite.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. FOURNIER.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° *Jarquet*. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 28 janvier 1897. (Sur un cas d'arthro-blennorrhagisme avec des troubles trophiques).

2° *Jeanselme*. — Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, juin 1895.

3° *Vidal*. — Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1893, janvier.

4° *Béclère*. — Rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance. Société médicale des hôpitaux, 1893, 27 octobre.

5° *Guinou*. — Arthropathies blennorrhagiques des enfants. Revue des maladies de l'enfance, janvier 1893.

6° *Souplet*. — La blennorrhagie maladie générale. (Thèse de Paris, 1893).

7° *Andry*. — Précis des maladies blennorrhagiques, Paris, 1894).

8° *Barrié*. — Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. (Thèse de Paris, 1893-1894.)

9° *Bergeron*. — Des dermopathies blennorrhagiques. (Thèse de Paris, 1893-1894).

10° *Cros*. — Contribution à l'étude des localisations de la blen-

norrhagie sur les nerfs périphériques. (Thèse de Montpellier, 1893-1894).

11° *Finger*. — La blennorrhagie et ses complications. (Traduit de l'allemand par Hogge. Paris, 1894).

12° *Jacobi*. — Les métastases blennorrhagiques. IV^e Congrès allemand de dermatologie. Breslau, 1894.

13° *Pitres*. — Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie. (Revue de neurologie, 15 août 1894).

14° *Lipski*. — Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie.

15° *Patoir*. — L'infection blennorrhagique, ses accidents généraux et manifestations à distance. (Thèse de Lille, 1895).

16° *Vanuxcem*. — Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1894-1895).

17° *Brocq*. — Traitement des maladies de la peau.

18° *Jullien*. — Traité des maladies vénériennes.

19° *Fournier*. — La syphilis chez la femme.

20° *Dechambre*. — Dictionnaire. Articles : blennorrhagie, kératodermie, peau, syphilis, psoriasis, etc.

